



## **Procedura per la segnalazione di infezione ospedaliera e relativa indagine epidemiologica**

<b>REV.</b>	<b>DATA</b>	<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<b>1.0</b>		Giuseppe Paladino Daniele Lenzi Simonella Brandani Guglielmo Lattanzi Angela Tinturini	Direttore U.O.DiMP	Direzione Sanitaria

<b>SOMMARIO</b>	<b>Pag.</b>
<b>Scopo</b>	<b>3</b>
<b>Definizioni</b>	<b>3</b>
<b>Modalità operative</b>	<b>3</b>
<b>Campo di applicazione</b>	<b>3</b>
<b>Responsabilità</b>	<b>6</b>
<b>Normativa di riferimento</b>	<b>7</b>
<b>Distribuzione della procedura</b>	<b>7</b>
<b>Allegato (Scheda di Segnalazione di I.O.)</b>	<b>8</b>

## 1. SCOPO

Il presente protocollo intende definire le modalità di segnalazione di eventuali casi di infezione ospedaliera e relativo avvio di indagine epidemiologica.

Il fine dell'indagine è quello di:

- descrivere il fenomeno in funzione del tempo, del luogo delle caratteristiche delle persone
- individuare l'origine dell'epidemia e dei veicoli di propagazione

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica a tutte le infezioni ospedaliere.

## 3. DEFINIZIONI

Infezione ospedaliera: infezione che insorge durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione.

C.C.I.O.: Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere

## 4. MODALITA' OPERATIVE

**I casi di infezione ospedaliera dovrebbero essere rilevati a livello delle Unità Operative di cura da parte dei medici e del personale infermieristico.**

Il medico segnala il caso al settore N.O.S.E. dell'U.O. DiMP mediante apposita scheda (vedi allegato). Il N.O.S.E. provvede ad informare i componenti del Nucleo Operativo del C.C.I.O. e il Direttore DiMP ed avvia l'indagine epidemiologica.

Nel caso si tratti di una malattia infettiva e diffusiva dovrà essere compilata anche la relativa notifica obbligatoria (D.M.15/12/1990) da inviare sempre al N.O.S.E.

### **A) FASE PRELIMINARE**

- 1) Verificare la diagnosi
- 2) Stabilire se gli esami di laboratorio confermano la diagnosi
- 3) Valutare se le informazioni riportate sono corrette
- 4) Utilizzare i criteri internazionali per la identificazione delle infezioni nosocomiali ( avvalersi dei criteri CDC attuali ).
- 5) Verificare l'esistenza di un'epidemia: tentare di paragonare l'incidenza attuale con il passato per determinare se si sia verificato un numero di casi in eccesso rispetto alle attese

### **B) AVVIO DELL'INDAGINE**

- 1) Predisporre una scheda di raccolta dati con un set minimo di informazioni quale:
  - Informazioni sul paziente ( n° cartella clinica, nome e cognome, data di nascita, sesso, data di ricovero, data di dimissione, reparto, eventuale intervento chirurgico quindi tipo e data, diagnosi di dimissione )
  - Informazioni sulle infezioni ( localizzazione, tipo di infezione e se ospedaliera o comunitaria, data di insorgenza dell'infezione, dati microbiologici di laboratorio quindi eventuali colture e relativi microrganismi isolati ).
- 2) Raccolta dati. La fonte dei dati per la rilevazione è rappresentata dalla consultazione di:
  - cartelle cliniche (accertandosi che vi siano esami di laboratorio)

- cartelle infermieristiche e/o consegne infermieristiche
- registro delle temperature
- registro delle terapie
- intervista al personale medico e infermieristico.

**C) FORMULARE E VERIFICARE IPOTESI**

- 1) Identificare il tipo di epidemia ( da sorgente comune o propagata)
- 2) Descrivere l'epidemia in funzione del tempo, dei luoghi e delle persone ( disegnare il grafico dei casi quindi la curva epidemica)
- 3) Partendo dalle caratteristiche descrittive del gruppo che è risultato a più alto rischio di contrarre la malattia, considerare le possibili fonti di infezioni
- 4) Paragonare i malati ( casi) con i sani ( controlli ) per quanto concerne l'esposizione alla fonte di infezione sospetta
- 5) Valutare i rischi relativi per i soggetti esposti e non
- 6) Quando possibile, cercare di confermare i dati epidemiologici con test di laboratorio ( su campioni di sangue, feci, cibi sospetti ecc. )

**D) ULTERIORI INDAGINI E ANALISI**

- 1) Ricerca di eventuali casi addizionali ( identificare casi non segnalati )
- 2) Verifica della reale applicazione dei protocolli aziendali esistenti, sull'esistenza di protocolli interni al reparto (quindi un eventuale revisione di questi), controllo dei processi di sterilizzazione, supervisione in reparto e/o sala operatoria riguardo il corretto utilizzo di DPI, lavaggio delle mani se corretto ecc.

**E) ANALIZZARE I DATI**

- 1) Assemblare i dati ottenuti e interpretare i risultati
- 2) Prendere una decisione sulle ipotesi considerate (alla fine dell'indagine, tutti i dati a nostra disposizione dovrebbero corrispondere ad una sola ipotesi )

**F) INTERVENTI E FOLLOW-UP**

Secondo quanto richiesto dalle circostanze

**G) RAPPORTO SULL'INDAGINE**

- 1) Al termine dell'indagine viene steso un rapporto da sottoporre all'attenzione del C.C.I.O. e del Direttore della DiMO, che deve includere:
  - fonte dei dati
  - descrizione dei casi
  - descrizione dell'indagine e dei sopralluoghi effettuati
  - discussione dei fattori che hanno provocato l'epidemia
  - valutazione delle misure di controllo utilizzate
  - raccomandazioni per la prevenzione di episodi simili nel futuro
- 2) Se disposto, elaborare una relazione conclusiva sull'indagine avvenuta, da far pervenire al direttore dell'U.O coinvolta.

**5. RESPONSABILITA'**

**Tutto il personale sanitario** è responsabile dell'applicazione di tutte le procedure e i principi di buona pratica atti ad evitare l'insorgenza di una infezione ospedaliera, e in particolare:

**Il Direttore e Il caposala della U.O.** deve divulgare la presente procedura a tutto il personale medico e infermieristico.

**Il Direttore della U.O.** deve comunicare tramite l'apposito modulo (vedi allegato) la presenza o il sospetto di una infezione ospedaliera verificatasi nel proprio reparto.

**Il N.O.S.E. e il Nucleo Operativo del C.C.I.O.** devono svolgere, con l'aiuto del personale di reparto, l'indagine epidemiologica e comunicare i risultati al C.C.I.O.

Matrice delle responsabilità

	D.S.	Direttori UU.OO.	C.C.I.O.	CC.SS. UU.OO	Personale sanitario	N.O.S.E.	Nucleo Operativo
Approvazione procedura	A						
Divulgazione procedura		R		R			
Revisione procedura			R			C	C
Corretta esecuzione procedura		R		R	R	R	R
Verifica corretta esecuzione procedura			R				
Segnalazione di I.O.		R		C			
Svolgimento indagine epidemiologica						R	R

## 6. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Circolare n° 52 Ministero della Sanità 20/12/1985 . Lotta contro le infezioni ospedaliere
- Circolare n° 8 Ministero della Sanità 30/01/1988. Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza
- CDC Atlanta - Criteri per la definizione di infezioni ospedaliere
- D.M. 15/12/90. Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive

## 7. DISTRIBUZIONE DEL PROTOCOLLO

Direttore Generale  
Direttore Sanitario  
Direttore Amministrativo  
Componenti del C.C.I.O.  
Tutti i Direttore UU.OO.  
Tutti i Capisala UU.OO.



ALLEGATO 2 alla procedura P\DMP04

U.O -----

N. PROGRESSIVO SCHEDA : -----

N. CARTELLA CLINICA : -----

PAZIENTE NOME----- COGNOME-----

RECAPITO TELEFONICO-----

SESSO M F

DATA DI NASCITA -----

DATA DI RICOVERO -----

DATA DI TRASFERIMENTO IN ALTRA U.O. O OSPEDALE

INDICARE QUALE -----

DATA DI DIMISSIONE -----

PATOLOGIE DI BASE -----

-----  
-----  
-----





**2° INTERVENTO**

E' STATA SOMMINISTRATA PROFILASSI ANTIBIOTICA :      SI                      NO

DATA -----                      ORA -----

TIPO ANTIBIOTICO -----

VIA:                      E.V    I.M    OS

**3° INTERVENTO**

E' STATA SOMMINISTRATA PROFILASSI ANTIBIOTICA :      SI                      NO

DATA -----                      ORA -----

TIPO ANTIBIOTICO -----

VIA:                      E.V    I.M    OS

-----  
--

**INDICARE IN QUALE SALA OPERATORIA HA AVUTO LUOGO L'INTERVENTO  
CHIRURGICO**

1° INTERVENTO -----

2° INTERVENTO -----

3° INTERVENTO -----

**TIPO ANTISETTICO UTILIZZATO PER LA PREPARAZIONE DEL CAMPO OPERATORIO**

-----  
-----

--

**SEZIONE CARATTERISTICHE INTERVENTO CHIRURGICO**

URGENTE

ELEZIONE

1° INTERVENTO -----DATA-----  
DURATA-----  
( DESCRIZIONE)

• CLASSE INTERVENTO:

- PULITO
- PULITO CONTAMINATO
- CONTAMINATO
- SPORCO

2° INTERVENTO -----DATA -----DURATA  
-----

3° INTERVENTO -----DATA-----  
DURATA-----

IMPIANTO DI PROTESI    SI    NO

DATA IMPIANTO-----

TIPO -----

**EQUIPE CHIRURGICA**

**1° INTERVENTO**

1° CHIRURGO-----

2° CHIRURGO-----

3° CHIRURGO-----

ANESTESISTA DR.-----

-----

-----

INFERMIERE STRUMENTISTA -----

-----

INFERMIERE CIRCOLANTE -----

-----

-----

PERFUSIONISTA -----

-----

TECNICO RX-----

OTA-----

ALTRA FIGURA PROFESSIONALE -----

( SPECIFICARE QUALIFICA ) -----

-----

-

**2° INTERVENTO**

1° CHIRURGO -----

2° CHIRURGO -----

3° CHIRURGO -----

ANESTESISTA DR -----

INFERMIERE STRUMENTISTA-----

INFERMIERE CIRCOLANTE-----

PERFUSIONISTA -----

-----

--

**3° INTERVENTO**

1° CHIRURGO -----

2° CHIRURGO -----

3° CHIRURGO -----

ANESTESISTA DR -----

INFERMIERE STRUMENTISTA -----

INFERMIERE CIRCOLANTE -----

PERFUSIONISTA -----

**ESITO ESAMI STRUMENTALI E ISTOLOGICI EFFETTUATI, INDICATIVI AI FINI DEI  
CRITERI DI DIAGNOSI DI INFEZIONI OSPEDALIERE**

TIPO ESAME -----DATA-----

ESITO-----

TIPO ESAME -----DATA-----

ESITO-----

TIPO ESAME -----DATA-----

ESITO-----

TIPO ESAME -----DATA-----

ESITO-----

-----  
-

**SEZIONE PROCEDURE INVASIVE**

DRENAGGI: SI NO

- TIPO ----- DATA INSERIMENTO ----- DATA RIMOZIONE -----

- TIPO ----- DATA INSERIMENTO ----- DATA RIMOZIONE -----

C.V.C SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

C.A.P SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

C.V.P SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

C.A.C SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

C. SWAN GANZ SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

S.N.G SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

N.P.T SI NO DATA INIZIO : ----- DATA TERMINE : -----

CAT. VESCICALE SI NO DATA INSERIMENTO : ----- DATA RIMOZIONE : -----

C.E.C SI NO DATA: ----- DURATA: -----

SOMM.NE O2 SI NO DURATA : -----

CANULA TRACHEO SI NO

DATA INSERIMENTO ----- DATA RIMOZIONE -----



COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

TIPO ESAME COLTURALE

COLTURA DA : ----- DATA -----  
MICRORGANISMO -----

